



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“CALIDAD DE DIAGNÓSTICO DE UN SEUDOQUISTE  
PANCREÁTICO”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

**Autor:** Sánchez Centeno, Edgar Israel

**Tutora:** Dra. Esp. Atiaja Arias, Jeanet Verónica

Ambato-Ecuador

Octubre, 2016

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor en el Trabajo de Investigación sobre Análisis de Caso Clínico con el tema: “CALIDAD DE DIAGNÓSTICO DE UN SEUDOQUISTE PANCREÁTICO”, de Sánchez Centeno Edgar Israel, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador, designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, septiembre del 2016

LA TUTORA

.....  
Dra. Esp. Atiaja Arias Jeanet Verónica

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “CALIDAD DE DIAGNÓSTICO DE UN SEUDOQUISTE PANCREÁTICO”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de mi exclusiva responsabilidad, como autor del presente trabajo.

Ambato, septiembre del 2016

EL AUTOR

.....  
Sánchez Centeno, Edgar Israel

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este Análisis de Caso Clínico parte de un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Análisis de caso clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, septiembre del 2016

**EL AUTOR**

.....  
Sánchez Centeno, Edgar Israel

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre el tema: **“CALIDAD DE DIAGNÓSTICO DE UN SEUDOQUISTE PANCREÁTICO”**, elaborado por: Sánchez Centeno Edgar Israel estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, octubre del 2016

Para la constancia firman

.....

1er Vocal

.....

2do Vocal

.....

**PRESIDENTE**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo quiero dedicar primeramente a mi querido Dios, quien ha sido siempre el pilar fundamental a lo largo de mi Carrera y quien me permitió llegar al final de la meta.

A mis padres Numa Sánchez y Yolanda Centeno quienes son mi ejemplo a seguir y que con su apoyo incondicional, su amor infinito, comprensión y paciencia supieron fortalecerme con sus consejos cada día de mi vida para seguir adelante.

A mí amado hijo Mathias quien es el motor de mi vida y por quien lucho cada día.

A mis hermanos Edwin, Ricardo y Francisco a quienes debo agradecerles toda mi vida por su apoyo en mis momentos de angustia.

Sánchez Centeno, Edgar Israel.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mi Dios por sus inmensas bendiciones que recibo cada día de vida.

A mis padres Numa Sánchez y Yolanda Centeno que los amo tanto por ser quienes siempre confiaron en mí y que a pesar de mis errores jamás dejaron de brindarme su apoyo.

A mi amado hijo Mathias por ser esa personita que alegra mi vida y que cuando siento caer él es mi motor para levantarme.

A mis hermanos a quienes les amo por ser mi apoyo en momentos difíciles y a quienes siempre les agradeceré por todo.

A Lissette Rodríguez quien siempre me ha apoyado y ha estado junto a mí a pesar de mis errores y locuras.

A mi familia por brindarme ayuda en ciertos momentos que necesité.

A mis docentes por compartir sus conocimientos para formarme como un gran profesional.

A mi Universidad Técnica de Ambato y Hospital Provincial General Latacunga por ser los pilares fundamentales de formación académica.

A mi Tutora Dra. Esp. Atiaja Arias Jeanet Verónica, por su tiempo y conocimientos impartidos para el desarrollo de este trabajo.

A mis amigos y amigas, compañeros y compañeras de clases e internado, todas las personas que en momentos difíciles supieron brindarme un abrazo y palabras de aliento.

Sánchez Centeno Edgar Israel.

## ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR .....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE GENERAL .....	viii
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO.....	xi
RESUMEN.....	xi
SUMMARY .....	xii
1.- INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 MARCO TEÓRICO.....	3
2. OBJETIVOS.....	17
2.1. OBJETIVO GENERAL .....	17
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	17
3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES.....	18
4. HISTORIA CLÍNICA.....	19
4.1.- ANAMNESIS.....	19
4.2.- MOTIVO DE CONSULTA .....	19
4.3.- ENFERMEDAD ACTUAL.....	19
4.4.- REVISIÓN ACTUAL DE APARATOS Y SISTEMAS .....	20
Aparato Respiratorio .....	20
Aparato Circulatorio.....	20
Aparato Digestivo .....	20
Aparato Genito-Urinario .....	20
Sistema Endocrino .....	20
Sistema Nervioso .....	20
Aparato Locomotor .....	20
4.5.- EXAMEN FÍSICO.....	20



4.6.- EXAMENES DE LABORATORIO .....	22
5. DESARROLLO .....	24
6. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO .....	34
7. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.....	35
8. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS .....	37
9. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA ....	38
10. PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO .....	41
11. CONCLUSIONES .....	42
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	43
LINKOGRAFÍA .....	43
13. ANEXOS .....	48
Anexo 1.- TUMOR QUÍSTICO PANCREÁTICO .....	48
Anexo 2.- TAC ABDOMINAL.....	49

## ÍNDICE DE TABLAS

### TABLA 1

Diagnóstico diferencial del Pseudoquistes pancreático.....9-10

### TABLA 2

Lesiones no neoplásicas y neoplásicas.....11

### TABLA 3

Biometría Hemática (ingreso 04/01/2016).....22

### TABLA 4

Química Sanguínea (ingreso 04/01/2016).....22

### TABLA 5

Examen Elemental de Orina (ingreso 04/01/2016).....23

### TABLA 6

Biometría Hemática (ingreso 28/01/2016).....27

### TABLA 7

Química Sanguínea (ingreso 28/01/2016).....28

### TABLA 8

Biometría hemática (ingreso 07/02/2016).....31

### TABLA 9

Química sanguínea (ingreso 07/02/2016).....32

### TABLA 10

Caracterización de las oportunidades de mejora.....38-40

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**“CALIDAD DE DIAGNÓSTICO DE UN SEUDOQUISTE PANCREÁTICO”**

**Autor:** Sánchez Centeno, Edgar Israel

**Tutora:** Dr. Esp. Atiaja Arias, Jeanet Verónica

**Fecha:** Septiembre 2016

**RESUMEN**

El Pseudoquiste Pancreático es una colección encapsulada de fluido con una pared inflamatoria definida por lo general fuera del páncreas con mínima o ninguna necrosis. Rico en amilasa y otras enzimas pancreáticas sin comunicación con el conducto principal. Se producen después de 4 semanas del inicio de pancreatitis aguda, y se desarrolla como una complicación postquirúrgica. Se presenta el caso de una paciente femenina de 22 años de edad con un cuadro clínico de 15 días de evolución. Al examen físico caracterizado por dolor abdominal, náuseas, vómito, cefalea holocraneana leve, alza térmica no cuantificada y astenia. El Eco y la Tomografía Axial Computarizada (TAC) Abdominal concluyeron con el diagnóstico de Pseudoquiste pancreático por lo que se le realizó una cistoyeyunoanastomosis y una pancreatectomía distal más esplenectomía. Después de dos semanas la paciente acude presentando dolor abdominal con predominio en el sitio de la intervención quirúrgica, por lo que ingresó. Se le realizó un ECO y una TAC abdominal que concluye con Íleo Intestinal, hospitalizada por 6 días, recibiendo tratamiento y tras buena respuesta se decide el alta en condiciones favorables. A las tres semanas del alta la paciente acude presentando dolor abdominal de moderada intensidad acompañándose de náuseas, vómito, malestar general y con signos de deshidratación. Es valorada por el servicio de Medicina Interna concluyendo como diagnóstico desequilibrio electrolítico y deshidratación. Recibe tratamiento de analgesia e hidratación, no presenta complicaciones por lo que se da el alta médica. Se indica próximo control pero no acude.

**PALABRAS CLAVES:** PSEUDOQUSITE\_PANCREÁTICO,  
DOLOR ABDOMINAL, PANCREATITIS\_AGUDA,  
TUMOR\_PANCREÁTICO.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
MEDICAL CAREER

**"QUALITY DIAGNOSTIC PSEUDOCYST PANCREATIC"**

**Author:** Sanchez Centeno, Edgar Israel

**Tutor:** Dr. Eng Atiaja Arias, Jeanet Veronica.

**Date:** September 2016

**SUMMARY**

The Pancreatic pseudocyst is a collection of fluid encapsulated with an inflammatory wall defined usually outside the pancreas with minimal or no necrosis. Rich in amylase and other pancreatic enzymes without communication with the main conduit. They occur after 4 weeks after the onset of acute pancreatitis, and develops as a postsurgical complication. The case of a female patient of 22 years with a clinical picture of 15 days of evolution is presented. Physical examination unquantified characterized by abdominal pain and asthenia, nausea, vomiting, mild headache holocraneana, thermal rise. The Eco and Computed Tomography (CT) Abdominal concluded with the diagnosis of pancreatic pseudocysts so he was made a cistoyeyunoanastomosis splenectomy and distal pancreatectomy more. After two weeks the patient comes predominance presenting abdominal pain at the site of surgical intervention, so he entered. He underwent an ECO and an abdominal CT scan which concludes with ileus Intestinal hospitalized for 6 days, receiving good response after treatment and discharge decide on favorable terms. At three weeks after discharge the patient comes presenting moderate abdominal pain accompanied by nausea, vomiting, malaise and signs of dehydration. It is assessed by the Internal Medicine concluded as a diagnostic electrolyte imbalance and dehydration. Receive

analgesia and hydration treatment, no complications so it is given a medical discharge. Next control is indicated but no go.

**KEYWORDS:** PSEUDOQUISITE\_PANCREATIC, ABDOMINAL\_PAIN,  
ACUTE\_PANCREATITIS, CYSTIC\_TUMOR.

## 1.- INTRODUCCIÓN

Los quistes pancreáticos comprenden un amplio espectro de condiciones, que van desde lesiones benignas a malignas, incluyendo precursores pre-malignas de adenocarcinoma de páncreas.<sup>(26)</sup>

Se considera como una colección encapsulada de fluido con una pared inflamatoria bien definida, por lo general fuera del páncreas con mínima o ninguna necrosis, que se producen por lo general después de 4 semanas del inicio de la pancreatitis aguda.<sup>(1)</sup>

La mayoría se sitúan en la cabeza o cuerpo pancreático, pero el 20% pueden ser de localización extrapancreática (pleura, mediastino, pelvis, bazo).<sup>(2)</sup>

Esta entidad se describió hace dos siglos, por Morgan y su grupo, quienes establecieron por primera vez su formación y características anatómicas.

La incidencia del pseudoquiste pancreático es de 1 por cada 100,000 adultos por año, y la prevalencia de 6 a 18.5%. Representa el 75% de las lesiones quísticas del páncreas.<sup>(3)</sup>

De acuerdo con la etiología el pseudoquiste aparece en 20 a 40% de los casos de pancreatitis crónica, 70 a 78% se asocian con pancreatitis post alcohólica seguidos por pancreatitis crónica idiopática en 6 a 16%, y en 6 a 8% para pancreatitis crónica de etiología biliar(4); los traumatismos son la principal causa de los pseudoquistes en niños.<sup>(3)</sup>

Su presentación clínica puede variar de un paciente completamente asintomático a la aparición de complicaciones graves.<sup>(4)</sup>

Su diagnóstico se basa en métodos de imagen, básicamente ecografía abdominal y TAC.<sup>(5)</sup>

El tratamiento inicialmente es en forma conservadora debido a que muchos se resuelven espontáneamente dentro de 4 a 6 semanas. El abordaje quirúrgico se lo realiza cuando el paciente presenta síntomas.<sup>(6)</sup> En la actualidad se tiende a realizar tratamientos mínimamente invasivos, surgiendo así la necesidad de incorporar las técnicas laparoscópicas, imagenológicas y endoscópicas.<sup>(7)</sup>

## **1.1 MARCO TEÓRICO**

### **CALIDAD DE DIAGNÓSTICO DE UN SEUDOQUISTE PANCREÁTICO**

#### **DEFINICIÓN**

Se define como una colección encapsulada de fluido con una pared inflamatoria bien definida por lo general fuera del páncreas con mínima o ninguna necrosis; rico en amilasa y otras enzimas pancreáticas sin comunicación con el conducto principal, se producen después de 4 semanas del inicio de la pancreatitis aguda <sup>(8)(9)</sup>, y se desarrolla como una complicación postoperatoria. <sup>(10)</sup>

#### **INCIDENCIA Y PREVALENCIA**

La incidencia del pseudoquiste pancreático es de 1 por cada 100,000 adultos por año. De acuerdo con la etiología el pseudoquiste aparece en 20 - 40% de los casos de pancreatitis crónica, 70 - 78% se asocian con pancreatitis postalcohólica seguidos por pancreatitis crónica idiopática en 6 - 16%, y en 6 - 8% para pancreatitis crónica de etiología biliar. <sup>(4)</sup>

Su prevalencia reportada para los casos de pancreatitis aguda se encuentra en un rango del 6% - 18.5%, mientras que la prevalencia en aquellos casos de Pseudoquiste en pancreatitis crónica alcanza un rango de 20% - 40%. <sup>(11)</sup>

#### **ETIOLOGÍA**

Complicación asociada a la pancreatitis que se presenta con una frecuencia del 1% al 15% de los casos, <sup>(12)</sup> causados a menudo por una pancreatitis aguda o crónica <sup>(13)</sup>, y todavía más común después de una pancreatitis inducida por alcohol.

Estos pueden diferenciarse en 3 tipos según la clasificación de D'Egidio y Schein, basada en la etiología de fondo, la anatomía ductal y la presencia de comunicación entre el quiste y el ducto pancreático.



**Tipo 1:** Pseudoquistes agudos post necrosis, que ocurren después de un episodio de pancreatitis aguda, están asociados a anatomía ductal normal y rara vez comunican con el ducto pancreático.

**Tipo 2:** También postnecrótico que ocurren después de un episodio de pancreatitis aguda-crónica y usualmente hay comunicación ducto- pseudoquiste.

**Tipo 3:** Definidos como pseudoquistes de retención, ocurren después de pancreatitis crónica y están asociados a estrechez del ducto y comunicación ducto-pseudoquiste.<sup>(5)</sup>

El sistema de clasificación Atlanta subdivide cuatro entidades:

a) Acumulación de líquido agudo, se produce temprano en el curso de la pancreatitis aguda y carente de una pared de tejido fibroso o granulomatoso;

b) pseudoquistes agudos, una cavidad rodeada por fibrosa o tejido granulomatoso que es una consecuencia de aguda pancreatitis o trauma;

c) pseudoquistes crónicos, que surjan en la pancreatitis crónica y sin un precedente episodio de pancreatitis aguda; y d) de páncreas absceso, una colección intraabdominal de pus en la proximidad del páncreas con poca o ninguna necrosis resultante de la pancreatitis aguda o crónica o trauma.<sup>(26)</sup>

Clasificación de Nealon y Walser de los pseudoquistes pancreáticos por Colangiopancreatografías Retrógrada Endoscópica (CPRE). Tipo I Conducto normal sin comunicación

Tipo II Conducto normal con comunicación

Tipo III Conducto normal con estenosis sin comunicación

Tipo IV Conducto normal con estenosis con comunicación

Tipo V Conducto normal con obstrucción completa

Tipo V Pancreatitis crónica sin comunicación

Tipo VI Pancreatitis crónica con comunicación.<sup>(3)</sup>

## **PATOGÉNESIS**

La patogénesis del pseudoquiste parece surgir de la interrupción del conducto pancreático con la posterior extravasación de secreciones pancreáticas, es así como en casi dos terceras partes de los pseudoquistes se puede evidenciar una comunicación con el conducto pancreático mientras en el tercio restante es probable que dicha comunicación se cerrará debido a una reacción inflamatoria.<sup>(11)</sup>

La formación de pseudoquistes posteriores a pancreatitis aguda puede interpretarse como la maduración de un proceso inflamatorio agudo, con la posterior acumulación de productos de dicho proceso así como secreciones pancreáticas, en este caso la interrupción del conducto pancreático probablemente sea secundaria a necrosis.<sup>(11)</sup>

La patogénesis de los pseudoquistes producto de pancreatitis crónica es menos conocida aunque se sabe intervienen dos mecanismos, el primero consiste en la reactivación de la pancreatitis subyacente, el segundo consiste en el bloqueo de una de las ramas principales del conducto pancreático por un tapón de proteínas, tejido fibroso o calcificaciones lo que finalmente formara un quiste de retención el cual se llena con las secreciones acumuladas en la región previa al bloqueo, al crecer estos quiste se rompen dentro del parénquima pancreático formando así el Pseudoquiste.<sup>(11)</sup>

En el caso de las colecciones de fluido posteriores a pancreatitis aguda, solo ante la persistencia de estas por más de 4-6 semanas y la presencia de paredes bien definidas de tejido fibroso o de granulación pueden ser catalogadas como pseudoquistes, estos usualmente contiene enzimas pancreáticas y tejido necrótico.

<sup>(11)</sup>

## **PRESENTACION CLINICA**

Pueden ser asintomáticos o pueden presentar una variedad de síntomas. El período de maduración de los pseudoquistes pancreáticos se informa, es de

aproximadamente 2 a 6 semanas, y durante este tiempo, se espera que el 33% de los quistes de resolver de forma espontánea.

Sin embargo, un número sustancial de quistes persistentes requieren tratamiento, debido a las complicaciones potenciales.<sup>(14)</sup>

Cuando los pseudoquistes dan clínica, los síntomas más frecuentes independientemente de su origen son: dolor (75%), náusea (50%), fiebre y pérdida de peso. Es frecuente encontrar al examen masa palpable, generalmente epigástrica y menos frecuentemente ictericia. Cuando se complican, pueden producir una obstrucción del tránsito entérico, biliar o vascular, además pueden provocar un pseudoaneurisma, sangrar, infectarse o romperse.<sup>(7)</sup>

En la mayoría de los casos, el sangrado se produce en la cavidad de la pseudoquistes, seguido de derrame retro- y / o intraperitoneal de la sangre.

Si se establece una conexión con el lumen digestivo, el paciente presentará una hemorragia digestiva alta con hematemesis y / o melena.

Otras posibilidades raras son la exteriorización de la sangre a través del conducto pancreático y la ampolla de Vater que resulta en "pancreaticus hemosuccus" y el desarrollo de un hematoma esplénico.<sup>(15)</sup>

En casos raros, los pacientes con pseudoquistes pancreáticos presentar con fístulas en la vena portal. La presentación clínica, que van desde abdominal sintomático dolor a la hipertensión portal debido a una trombosis, la lipólisis sistémica, shock séptico, y la muerte.<sup>(30)</sup>

## **DIAGNÓSTICO**

Las lesiones quísticas pancreáticas se están identificando cada vez más en los últimos años. Muestran un amplio espectro de formación de imágenes y características clínicas.

El diagnóstico de un pseudoquiste de páncreas depende de la historia clínica y los hallazgos asociados dentro del páncreas, como la atrofia de la glándula, dilatación

del conducto, la calcificación del parénquima, y los cálculos en el conducto pancreático. A pesar de una historia previa de pancreatitis no puede justificar por sí misma el diagnóstico de los pseudoquistes pancreáticos, lesiones quísticas que se producen sin antecedentes de pancreatitis sugieren un diagnóstico de los tumores quísticos. <sup>(16)</sup>

Se puede establecerse si, tras un ataque de pancreatitis, la acumulación de líquido resultante peripancreática persiste durante más de 4 a 6 semanas y está claramente limitado por una pared fibrosa. <sup>(27)</sup>

Un diagnóstico erróneo común para pseudoquistes; son tumores quísticos mucinosos, que hacen que el 40-50% de los quistes pancreáticos y son radiológicamente similar a pseudoquistes. <sup>(17)</sup>

Los hallazgos de laboratorio tienen un valor limitado en el diagnóstico. Los niveles de amilasa y lipasa en suero son elevados persistentemente en hasta el 76%. La bilirrubina sérica y bioquímica hepática pueden estar elevadas si el conducto biliar está obstruido de la piedra, la compresión extrínseca del pseudoquiste o de un trastorno subyacente del hígado (hepatitis alcohólica por ejemplo).

Algunas pruebas de laboratorio pueden proporcionar pistas sobre la etiología subyacente de la pancreatitis (por ejemplo, niveles elevados de triglicéridos o nivel de calcio).

El diagnóstico y la discriminación de estas lesiones son muy importantes debido al riesgo para el desarrollo concurrente o posterior de malignidad.

Por lo general se diagnostica por primera vez y se caracterizaron mediante técnicas de imagen convencionales, como la ecografía trans-abdominal (US), tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética nuclear (RMN). Sin embargo, su capacidad para diferenciar las lesiones benignas y malignas sigue siendo limitada. <sup>(18, 19)</sup>

### **Ultrasonido endoscópico**

La USE es el método de elección para la evaluación de los pseudoquistes pancreáticos, con una alta sensibilidad (93% a 100%) y especificidad (92% a 98%). Ya que puede establecer la distancia entre el lumen del tracto gastrointestinal y el pseudoquiste y la presencia de elementos vasculares a nivel de la pared del tracto digestivo (varices) o colaterales peripancreáticos

La evaluación de la pared también es importante como pseudoquistes tener una pared regular, mientras que los tumores quísticos tienen una pared focal ampliada / engrosada que se pueden imponer por punción guiada por EUS FNA con el fin de aclarar el diagnóstico.<sup>(20)</sup>

### **La ecografía transabdominal**

A medida que la ecografía transabdominal es un muy barato y la técnica no invasiva que se debe realizar como primer paso en el diagnóstico de pseudoquistes de páncreas. Teniendo en cuenta que la glándula puede solamente ser visualizado en 80% de los pacientes y que la técnica depende de la experiencia de altamente el examinador, la sensibilidad diagnóstica de 88 a 100% y la especificidad del 92 a 98% siguen siendo altos. Sin embargo, el valor predictivo negativo (VPN) ha sido calculada con sólo el 9%, lo que hace al ultrasonido transabdominal una pobre herramienta.<sup>(28)</sup>

### **Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE)**

Puede mostrar obstrucción, compresión o comunicación del pseudoquiste del páncreas al conducto principal.<sup>(12)</sup> Aunque CPRE proporciona menos información sobre el tamaño de páncreas y las estructuras circundantes viscerales que la TC y la ecografía, permite lograr una mejor evaluación detallada de la lesión con respecto a la forma en que afecta el sistema ductal pancreático.<sup>(6)(29)</sup>

### **Resonancia Magnética y Colangiopancreatografía por resonancia magnética**

RM y la colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) son modalidades de diagnóstico sensibles de los pseudoquistes pancreáticos. Por lo

general no se utilizan de forma rutinaria debido a la TC normalmente ofrece toda la información de diagnóstico que se requiere. Sin embargo, el aumento del contraste proporciona una mejor caracterización de las colecciones de líquido. Resonancia magnética o la CPRM es superior a la TC en la representación de los residuos dentro de las colecciones de líquido y pseudoquistes.

En las imágenes ponderadas en T2, una masa quística lleno de líquido produce una alta intensidad de señal y aparece brillante. Los sistemas de conductos biliares y pancreáticos se visualizan fácilmente en detalle, aunque la interpretación del estado de integridad del conducto pancreático puede ser difícil.<sup>(19)</sup>

Sin embargo, el diagnóstico de la comunicación Pseudoquiste pancreático y conducto pancreático es más bien difícil, ya que una comunicación solamente puede ser identificado por MRCP si un tracto de fluido de alta intensidad se puede detectar entre el pseudoquistes y el conducto.<sup>(6)</sup>

### **La panendoscopia**

Demuestra, de acuerdo con la localización del pseudoquiste, compresión extrínseca.<sup>(12)</sup>

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Una variedad de enfermedades pueden imitar la presentación clínica de pseudoquistes pancreáticos.<sup>(19)</sup>

*Tabla 1 Diagnóstico diferencial.*

<b>ENFERMEDADES PANCREÁTICAS</b>
• Pancreatitis aguda y crónica
• Necrosis pancreática y absceso
• Adenocarcinoma pancreático
• Neoplasia quística del páncreas
• Pseudoaneurisma de la arteria pancreática

<b>ENFERMEDADES EXTRA PANCREÁTICAS</b>
• Úlcera péptica y cáncer gástrico
• Colecistitis aguda y cálculos biliares
• Aneurisma aórtico abdominal
• Isquemia intestinal
• Quistes de ovario y cáncer
• Obstrucción intestinal
• Infarto agudo de miocardio
• Neumonía

*Elaborado por: Edgar Sánchez*

La primera dicotomía más útil en el diagnóstico diferencial de largo de los quistes pancreáticos es su clasificación como sea neoplásica o no neoplásica. Los quistes no neoplásicos incluyen pseudoquistes, quistes de retención, y quistes de duplicación, mientras que los quistes neoplásicos están más ampliamente clasificados como quistes mucinosos y no mucinosos. <sup>(19)</sup>

Las neoplasias más comunes y más comúnmente mucinoso-maligno incluyen: neoplasia principalmente mucinoso intraductal papilar (IMPAN) y los tumores mucinosos quísticos (MCN), mientras que los quistes mucinoso neoplásicos no incluyen neoplasia principalmente serosa quística (SCN), neoplasia pseudopapilar sólido (SPN), y por lo general neoplasias sólidas con cambios degenerativos quística.

Mientras que los tumores quísticos serosos la mayoría no son malignos, tumores mucinosos papilares intraductales y neoplasmas mucinosos quísticos pueden albergar un carcinoma invasivo asociado y deben ser tratados como tener potencial maligno.

Tabla 2 lesiones no neoplásicas y neoplásicas.

LESIONES NO NEOPLÁSICAS	LESIONES NEOPLÁSICAS
	<b>TPMI</b>
<b>Pseudoquiste</b>	<b>MCN</b>
	<b>SCN</b>
<b>Síndrome que causan múltiples quistes</b>	<b>SPN</b>
(I)Autosómica dominante enfermedad poliquística	
(Ii) fibrosis quística	<b>Variantes quísticas de tumores sólidos</b>
	(I)Teratoma quístico
<b>(i)Quiste hidático</b>	(Ii)adenocarcinoma ductal quística
<b>(Ii)absceso</b>	(Iii)tumor neuroendocrino quística
	(Iv)acinar quística carcinoma de células
<b>Quistes linfoepiteliales</b>	(V)metástasis quísticas
Quistes epiteliales congénitas	
Quistes de duplicación	
Quistes de retención	

Elaborado por: Edgar Sánchez

La diferenciación entre estos quistes es un reto, y una variedad de modalidades, incluyendo imágenes, citología y líquido del quiste análisis son útiles.<sup>(18)</sup>

## TRATAMIENTO

Antiguamente el tratamiento quirúrgico abierto era considerado el “gold standard”, aunque no estaba exento de una importante morbimortalidad.

En la actualidad se tiende a realizar tratamientos mínimamente invasivos, pero el tamaño es un determinante importante de la resolución espontánea. Hoy en día surge así la necesidad de incorporar las técnicas laparoscópicas y endoscópicas.<sup>(18)</sup>

Cuando persisten > 6 semanas o están asociados con síntomas clínicos se realiza: drenaje quirúrgico, percutánea o endoscópica (PPD)<sup>(21)</sup> y si el tamaño es más de 5-6 cm y aumentando progresivamente, entonces el caso de la intervención se hace más fuerte.



Inicialmente, la mayoría de los pacientes se les da una prueba de tratamiento conservador mediante el mantenimiento de una buena hidratación, analgesia, cobertura antibiótica profiláctica y la nutrición parenteral o enteral con la esperanza de que el pseudoquiste pancreático pueda experimentar una resolución espontánea.<sup>(22)</sup>

### **Las indicaciones para el tratamiento de los pseudoquistes pancreáticos**

Pseudoquistes pancreáticos complicado (un criterio suficiente)

- La compresión de los grandes vasos abdominales (manifestaciones clínicas o evidencia radiológica).
- La estenosis de la salida gástrica clínicamente relevante o estenosis duodenal.
- La estenosis del conducto biliar común con ictericia debido a la compresión.
- Pseudoquiste pancreático infectado (foco séptico).
- Hemorragia en un Pseudoquiste pancreático (peligro de hemorragia recurrente).
- Fístula pancreática pleural (riesgo de neumonía, SDRA).

### **Pseudoquiste pancreático sintomático**

- Distensión abdominal.
- Náuseas y vómitos.
- Dolor.
- Hemorragia digestiva alta (10-20%).

### **Pseudoquistes pancreáticos asintomáticos**

- Pseudoquiste > 5 cm, sin ningún tipo de regresión después de más de 6 semanas de observación.
- Pared del quiste > 5 mm (quiste maduro) = alta tasa de éxito del endoscópica o laparoscópica de drenaje.
- La pancreatitis crónica con los cambios avanzados conducto pancreático, pancreaticolitiasis = irritación persistente que conducen a la inflamación,

no más del 26% de los quistes regresan espontáneamente en esta situación; cuando no retroceden, la tasa de complicaciones se eleva sobre el curso posterior de la enfermedad.

- Sospecha de tumor pancreático quístico: mediana de supervivencia a 5 años después de la resección temprana es buena (63%).<sup>(19)</sup>

**El drenaje guiado por ecografía endoscópica** es el método preferido de drenaje endoscópico en términos de éxito técnico y la ocurrencia de eventos adversos relacionados con el procedimiento; se ha convertido en el estándar de atención en los centros de atención terciaria, con la ventaja de estancias hospitalarias más cortas y menores costos.<sup>(23)</sup>

Puede ser realizado trans-papilar o enfoque trans-mural. A veces puede ser necesaria una combinación de ambos métodos para drenar el pseudoquiste. El drenaje es adecuado porque la mayoría de los pseudoquistes se encuentran adyacentes al estómago; Sin embargo, se requieren aquí tanto endoscópicos y radiológicos habilidades. El objetivo del tratamiento endoscópico es crear una conexión entre la cavidad pseudoquistes y el lumen gastrointestinal.

El drenaje transpapilar parece ser un procedimiento seguro y eficaz (la tasa de éxito inmediato es aproximadamente el 85%), con baja morbilidad (6%) y no hubo mortalidad reportada.<sup>(6)</sup>

Ciertas evidencias no recomiendan la cistogastrostomía abierta como el estándar de oro para el drenaje de pseudoquistes, es una técnica menos preferida debido al alto riesgo de recurrencia y formación de fístula pancreática; mientras que la cistogastrostomía laparoscópica se ha utilizado con frecuencia y ha producido resultados consistentemente buenos.

Sin embargo, en comparación con la cistogastrostomía endoscópica, todavía es un procedimiento más extenso. De tres a cuatro puertos se utilizan para crear cistogastrostomía de Roux-en-Y yeyunostomía. De vez en cuando se puede requerir la conversión en un procedimiento abierto. Este procedimiento puede ser reservado para procedimientos endoscópicos fallidos.<sup>(22)</sup>

## **Cirugía laparoscópica**

El abordaje quirúrgico abierto clásico para el tratamiento de los pseudoquistes pancreáticos requiere una laparotomía con los consiguientes riesgos de morbilidad y mortalidad. El desarrollo de técnicas y tecnologías laparoscópicas avanzadas ofrecen nuevas modalidades para el tratamiento. La cirugía laparoscópica es un método en el que el lumen del pseudoquiste se anastomosa ya sea a la pared posterior del estómago o al yeyuno con una grapadora endoscópica lineal o con técnicas de sutura laparoscópica; esto proporciona el drenaje interno en curso y descompresión.

Drenaje laparoscópico de PPC madura suele ser el tratamiento definitivo ya que se asocia con una baja tasa de complicaciones y un buen resultado en el período de seguimiento postoperatorio.<sup>(6)</sup>

Es importante saber que las tasas de recurrencia y mortalidad son bajas con el drenaje interno en comparación con percutánea o drenaje endoscópico.<sup>(24)</sup>

Una pauta reciente publicada por la International Association of Pancreatology y la American Association of Pancreatology, representaba mejor las recomendaciones basadas en evidencias relativas a aspectos clave del tratamiento de la pancreatitis aguda. Sin embargo, la gestión óptima de los pseudoquistes no se discutieron y todavía hay una necesidad urgente de realizar más estudios aleatorios para establecer el mejor enfoque para el tratamiento de esta afección.<sup>(25)</sup>

Varios estudios han informado de que algunos pacientes con PPC pueden ser manejados de forma conservadora si los síntomas de presentación pueden ser controlados. De acuerdo con sus resultados, las tasas de complicaciones con el tratamiento conservador son bajas (<1%).<sup>(6)</sup>

## **COMPLICACIONES**

Las complicaciones postoperatorias pueden incluir un brote de la pancreatitis aguda, hemorragia de las líneas de sutura o de los vasos de la pared del

pseudoquiste ya que se derrumba, ascitis pancreática, fístulas pancreáticas externa y la formación de pseudoquistes recurrente.

La tasa de recurrencia Pseudoquiste informado de 10-20% después de drenaje interno.<sup>(14)</sup> La erosión de las estructuras vasculares es una complicación poco frecuente pero grave de los pseudoquistes pancreáticos.<sup>(12)</sup>

### **TUMOR QUÍSTICO PANCREÁTICO.**

Se define como una uni o multilocular cavidad formadora de neoplasia o el cambio de tipo tumoral no neoplásico del páncreas, que se compone de epitelio y tejido mesenquimal.

Afecta en gran medida a las mujeres (aproximadamente el 75% de todos los casos; tienden a ser más grandes si se producen en pacientes de sexo masculino).<sup>(26)</sup>

Las lesiones quísticas del páncreas se pueden clasificar en función de su neoplásico o no neoplásico la naturaleza, y en función al tejido que constituye es de derivación epitelial o mesenquimal.

De acuerdo con la más reciente clasificación de la OMS comprenden: tumores serosos quísticos (SCN), tumores quísticos mucinosos (MCN), neoplasmas mucinosos papilares intraductales (IPMNs) y los tumores sólidos (pseudopapilares spens).

Morfológicamente, SCN se pueden dividir en cuatro subtipos: microquístico, macroquístico (<10% de los casos), forma mixta (micro-macroquístico) y una forma sólida de variante; puede surgir en cualquier parte del páncreas y en ocasiones puede extenderse por todo el órgano. La mayoría de las lesiones son microquísticas, que ocurren predominantemente en el cuerpo y la cola del páncreas, mientras que las lesiones macroquísticas normalmente surgen de la cabeza del páncreas.<sup>(27)</sup>

Las neoplasias quísticas del páncreas (CNP) una vez se consideraron extremadamente rara (muchos libros de texto perpetúan la noción de que la

mayoría de las lesiones quísticas del páncreas eran pseudoquistes, y <10% eran tumores).<sup>(28)</sup>

El 90% está constituido por: cistadenoma seroso (CAS), neoplasia quística mucinosa (NQM), neoplasia intraductal papilar mucinosa (NIPM) y tumor sólido pseudopapilar (TSSP). El 10% restante lo forman otras neoplasias quísticas pancreáticas que, aunque menos frecuentes, se debe tener en cuenta a la hora del diagnóstico diferencial junto con las lesiones quísticas no neoplásicas.<sup>(29)</sup>

Representan casi el 16% de resolución quirúrgicamente y > 30% de resolución clínica, por lo tanto, se han convertido en motivo de preocupación y han supuesto un reto para los médicos de atención primaria y los médicos generales; Por lo tanto, se necesita un diagnóstico correcto para evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias y excluir otras enfermedades malignas.<sup>(26)</sup>

Se presentan en pacientes sin antecedentes de pancreatitis, de forma incidental o con síntomas leves, inespecíficos y de largo tiempo de evolución. Incluso grandes lesiones a veces presentan síntomas vagos a pesar de localizarse en la cabeza pancreática. Son infrecuentes la ictericia, el síndrome tóxico, el dolor epigástrico irradiado a la espalda o los vómitos.<sup>(29)</sup>

El diagnóstico preoperatorio es crucial, dadas las diferencias en la historia natural del espectro de las lesiones: benignas, malignas y borderline. El cistadenoma seroso es una lesión benigna que no precisa resección quirúrgica, salvo cuando es sintomática.

Las neoplasias mucinosas son lesiones premalignas que requieren mayoritariamente resección pancreática. El uso generalizado de las técnicas de imagen avanzadas, incluyendo la tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM) y la ecografía endoscópica (EUS), ayudan a su diagnóstico; pero el diagnóstico definitivo se establece únicamente tras el estudio histológico de la pieza de resección. El riesgo que comporta la cirugía pancreática es un problema asociado al manejo apropiado de estos pacientes.<sup>(28)(29)</sup>

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GENERAL**

- ✓ Evaluar la calidad de diagnóstico de un paciente con Pseudoquiste Pancreático.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✓ Evaluar la oportunidad del diagnóstico el enfermo estudiado.
- ✓ Evaluar la pertinencia de los exámenes realizados al paciente.

### **3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES**

El presente caso clínico, se realizó mediante el apoyo de múltiples fuentes de información y el análisis detallado de:

- Historia Clínica completa del paciente en la cual se obtuvo la mayor parte de los datos del caso clínico, desde su ingreso al Hospital, el tiempo de estancia hospitalaria, servicios hospitalarios, manejos clínicos, quirúrgicos, medicamentos suministrados, exámenes de laboratorio, de imagen, características de la atención, identificación de puntos críticos, así como sus oportunidades de mejora de su enfermedad.
- Información directa se lo realizó a través de la aplicación de entrevista con familiares y paciente.

Los datos de relevancia

La información científica fue obtenida de artículos de revisión y Guías de Práctica Clínica de diversas fuentes bibliográficas, para ofrecer al lector una idea clara sobre el manejo inicial de los pacientes que presenten este tipo de patología y las complicaciones basadas en la evidencia disponible y las recomendaciones actuales.

## 4. HISTORIA CLÍNICA

### 4.1.- ANAMNESIS

**Fecha de ingreso a emergencia: 04/01/2016**

Paciente femenina de 22 años edad, nacida en la provincia de Cotopaxi cantón Sigchos y reside en Latacunga, estudiante, fecha de nacimiento 29 de diciembre del 1994, católica, de etnia mestiza, grupo sanguíneo desconoce.

#### **Antecedentes Patológicos Personales**

Ninguno

#### **Antecedentes Patológicos Familiares**

Línea paterna: Ninguna.

Línea materna: Ninguna.

#### **Historia Pasada No Patológica:**

- **Alimentación:** 3 v/d.
- **Micción:** 3 -5 v/d
- **Defecación:** 1-2 v/d
- **Sueño:** 7 h/d
- **Alcohol:** no consume.
- **Tabaquismo:** no consume.
- **Alergias:** No refiere

### 4.2.- MOTIVO DE CONSULTA

- Dolor abdominal

### 4.3.- ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere que hace aproximadamente 15 días como fecha aparente y 24 horas como fecha real, presenta dolor abdominal localizado en epigastrio e hipogastrio, tipo cólico, según escala de Eva 7/10 ; dicho dolor se irradia a región lumbar. Hace 15 días al cuadro se le suma náuseas que llegan al vómito por varias ocasiones, cefalea holocraneana leve, alza térmica no cuantificada y astenia por lo que acude a facultativo quien medica paracetamol 500 miligramos cada 8



horas por 3 días pero el cuadro no sede y acude al Centro De Salud Número 1 quienes valoran y refieren al Hospital General Latacunga con diagnóstico de dolor abdominal en estudio y se decide su ingreso.

Fuente de información: paciente

#### **4.4.- REVISIÓN ACTUAL DE APARATOS Y SISTEMAS**

Paciente que ha presentado dolor abdominal acompañado de malestar general.

##### **Aparato Respiratorio**

Sin Patología Aparente

##### **Aparato Circulatorio**

Sin Patología Aparente

##### **Aparato Digestivo**

Referido en la enfermedad actual

##### **Aparato Genito-Urinario**

Sin Patología Aparente

##### **Sistema Endocrino**

Sin Patología Aparente

##### **Sistema Nervioso**

Sin Patología Aparente

##### **Aparato Locomotor**

Sin patología aparente

#### **4.5.- EXAMEN FÍSICO**

**Signos vitales de ingreso. (04/01/2016)**

- **Tensión Arterial:** 84/52 mmHg
- **Frecuencia cardiaca:** 87 latidos por minuto
- **frecuencia respiratoria:** 17 respiraciones por minuto

- **Temperatura:** 35.2°C
- **Peso:** 56 kg
- **Talla:** 150 cm
- **IMC:** 24.89

***Inspección general:***

Paciente consiente, orientada, álgica, afebril,

***Piel y faneras.-*** normoelástica, adecuada para a edad, sin patología aparente.

**Cabeza:** Normocefalica, cabello de implantación normal.

**Ojos:** Conjuntivas y escleras ictéricas, Isocoria, normoreactividad.

**Nariz:** No se evidencia secreción fosas nasales permeables.

**Boca:** Mucosas orales simihumedas.

**Orofaringe:** No eritematosa, no hipertrofia de amígdalas, no pústulas no placas.

**Cuello:** No se evidencian adenopatías, no rígido.

**Tórax:** Expansibilidad conservada.

**Corazón:** Ruidos cardiacos normofonéticos rítmicos no soplos.

**Pulmones:** sin ruidos sobreañadidos.

**Abdomen:** suave, distendido, doloroso, se palpa a nivel de mesogástrico una masa de más o menos 5x5 centímetros, de características dura, móvil, dolorosa; Ruidos hidroaereos presentes.

**Región Inguino Genital:** Genitales femeninos sin patología aparente.

**Extremidades.-** no edema, tono y fuerza conservada para la edad.

**Examen Elemental Neurológico:** Paciente orientada, vigil, Glasgow 15/15, pares craneales sin alteración. Balance motor 5/5 en 4 extremidades, ROTS:

conservados, Flexor plantar conservado. No signos meníngeos. Sensibilidad no alterada.

#### 4.6.- EXAMENES DE LABORATORIO

*Tabla 3 Biometría Hemática (ingreso) (04/01/2016)*

<b>Biometría Hemática (Ingreso)</b>			
	<b>Valores del paciente</b>		<b>Valores de referencia</b>
<b>Glóbulos blancos</b>	6.72	k/ul	5-10
<b>Hemoglobina</b>	13.1	g/dl	12.0-16.0
<b>Hematocrito</b>	41.8	%	40-54
<b>TP</b>	13	S	11-13
<b>TTP</b>	32	S	25-35

*Elaborado por: Edgar Sánchez*

*Tabla 4 Química Sanguínea (ingreso) (04/01/2016)*

<b>Química Sanguínea (Ingreso)</b>			
	<b>Valores del paciente</b>		<b>Valores de referencia</b>
<b>Lipasa</b>	307	U/L	<60

*Elaborado por: Edgar Sánchez*

*Tabla 5 Examen Elemental de Orina (ingreso) (04/01/2016)*

<b>Examen Elemental de Orina</b>	
	<b>Valores del paciente</b>
<b>Color</b>	Amarillo
<b>Aspecto</b>	Lig turbio
<b>Densidad</b>	1.020
<b>PH</b>	5
<b>Células epiteliales</b>	4-5 por campo
<b>Piocytes</b>	10-12 por campo
<b>Hematies</b>	1-2 por campo
<b>Bacterias</b>	++
<b>Moco</b>	++

*Elaborado por: Edgar Sánchez*

## 5. DESARROLLO

### 5.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO

Paciente femenina de 22 años edad, nacida en la provincia de Cotopaxi cantón Sigchos y reside en Latacunga, estudiante, fecha de nacimiento 29 de diciembre del 1994, católica, de etnia mestiza, grupo sanguíneo desconoce. Sin antecedentes patológicos personales ni familiares. Refiere que hace aproximadamente 15 días como fecha aparente y 24 horas como fecha real, presenta dolor abdominal localizado en epigastrio e hipogastrio, tipo cólico, según escala de Eva 7/10 ; dicho dolor se irradia a región lumbar. Hace 15 días al cuadro se le suma náuseas que llegan al vómito por varias ocasiones, cefalea holocraneana leve, alza térmica no cuantificada y astenia por lo que acude a facultativo quien medica paracetamol 500 miligramos cada 8 horas por 3 días pero el cuadro no sede y acude al Centro De Salud Número 1 quienes valoran y refieren al Hospital General Latacunga con diagnóstico de dolor abdominal en estudio y se decide su ingreso.

Es valorada en el Servicio De Emergencia y al examen físico de ingreso presenta: **Tensión Arterial:** 84/52 mmHg, **Frecuencia cardiaca:** 87 latidos por minuto, **frecuencia respiratoria:** 17 respiraciones por minuto, **Temperatura:** 35.2°C **Peso:** 36 kg, **Talla:** 150 cm, **IMC:** 16; **Glasgow** 15/15, **saturación** 94%. Abdomen.- suave, distendido, doloroso, se palpa a nivel de mesogástrico una masa de más o menos 5x5 centímetros, de características dura, móvil, dolorosa; Ruidos hidroaereos presentes; En este Servicio se inicia tratamiento con Solución Salina 0.9% (300 mililitros STAT)+ Omeprazol (40 miligramos IV). Los resultados de laboratorio de ingreso con biometría hemática: Leucocitos: 6.72 k/ul, hemoglobina: 13.1 g/dl, hematocrito: 41.8%, tiempos de coagulación: TP: 13 TTP: 32. PCR: positivo +++. Química: lipasa: 307u/l, EMO amarillo, aspecto turbio, densidad: 1020, pH: 5, células epiteliales: 4-5 por campo, piroitos: 10-12 por campo, hematíes: 1-2 pr campo, bacterias: ++, moco: ++.

#### **(04/01/2016) INGRESA AL SERVICIO DE CIRUGÍA**

Indican nada por vía oral, lactato ringer 1000 mililitros pasar 125 mililitros endovenoso cada hora, omeprazol 40 miligramos endovenoso diario, tramadol 50 miligramos endovenoso cada 8 horas, Metoclopramida 10 miligramos endovenoso cada 8 horas.

**Eco De Abdomen:** en epigastrio en el lado izquierdo de la línea media se observa imagen ovalada de borde regular, de ecogenicidad heterogénea con zonas líquidas y tabiques hiperecogénicos internos que miden aproximadamente 10 milímetros.

**TAC Abdominal:** Imagen con densidad de líquido, homogénea, redondeada, bien definida, ubicación retroperitoneal depende del cuerpo y cola del páncreas, toma contacto con la cara inferior del hígado, estómago y asas intestinales.

#### **(11/01/2016) INGRESA A QUIRÓFANO**

Ingres a quirófano con diagnóstico de pseudoquistes pancreáticos, se le realiza una cistoyeyunoanastomosis y una pancreatectomía distal más esplenectomía. Los hallazgos quirúrgicos fueron: 1.- masa tumoral quística pancreática que compromete el 60% distal del páncreas con efecto compresivo sobre vena porta. 2.- Tejido fibroso en región peritumoral con adherencias en cara posterior del estómago. 3.- bazo y resto de estructuras de características macroscópicas normales. Sangrado aproximado de 1000 cc motivo por el que se le administra un paquete de glóbulos rojos durante la cirugía.

Indicaciones postquirúrgicas:

nada por vía oral, control de signos vitales cada 6 horas, controlar y cuantificar la diuresis y el drenaje, semifowler, Lactato ringer 1000 mililitros endovenoso pasar 125 mililitros hora, Tramadol 300 miligramos en 300 mililitros de Solución Salina al 0,9% pasar en bomba en 24 horas más 30 miligramos de Metoclopramida, Metamizol 1.5 gramos endovenoso cada 8 horas, Omeprazol 40 miligramos endovenoso diario, Enoxaparina 40 miligramos subcutáneo a las 23 horas y realizar Biometría Hemática control en 6 horas.

## **EVOLUCIONES POSTQUIRÚRGICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA MUJERES:**

A las 4 horas postquirúrgicas, al examen físico presenta facies pálidas, mucosa oral simihumedas, dolor en sitio quirúrgico, con presencia de apósitos limpios y secos, con drenaje permeable. La administración del paquete globular finaliza sin presentar signos de complicaciones ni reacciones alérgicas. Signos vitales: presión arterial: 90/50, FC: 72 por minuto, temperatura axilar: 35.7, respiración: 22 por minuto,

**(13-01-2016)**

Se aplica Vacuna Antineumococcica Polivalente por esplenectomía. Paciente refiere dolor a nivel de sitio quirúrgico y malestar general, presencia de apósitos manchados con líquido serohemático, ruidos hidroaereos presentes, presencia de drenaje. Con impresión diagnóstica: quiste pancreático.

**(14-01-2016)**

Resultados de Estudio Microscópico de masa Tumoral Quística Pancreática.

Los cortes muestran proliferación de células poligonales alrededor de tractos fibrovasculares hialinizados focal conforman pseudocetas, se acompaña de degeneración quística con contenido necrótico, en medio del cual se identifican cristales de colesterol y agregados de histiocitos.

Bazo con histología conservada libre de la lesión tumoral

*Conclusión:* Lesión de páncreas a favor de tumor pseudopapilar solido quístico

Bazo. Sin compromiso tumoral

**(21/01/2016)**

Paciente de 22 años, femenina, con 17 días de hospitalización y 9 postquirúrgicos con diagnóstico de quiste pancreático, al momento en condiciones favorables, refiere leve dolor de la herida quirúrgica, no ha presentado complicaciones.

## **(21/01/2016) ALTA MÉDICA**

- 1.- Cefalexina 500 miligramos vía oral cada 6 horas por 5 días.
- 2.- Control 28/01/2016

## **(28/01/2016) CONSULTA EXTERNA DE CIRUGÍA**

Paciente acude al control por consulta externa, paciente refiere que hace aproximadamente 24 horas sin causa aparente presenta dolor abdominal de moderada intensidad, localizado en hipocondrio derecho, epigastrio e hipocondrio izquierdo, el cuadro no cede con la medicación y se acompaña de náuseas que llegan al vómito por 3 ocasiones, motivo por el que la paciente es valorada y se decide su ingreso al Servicio De Cirugía mujeres con diagnóstico presuntivo de absceso intraabdominal:

## **(28/01/2016) RESULTADOS DE LABORATORIO**

*Tabla 6 Biometría Hemática (ingreso) (28/01/2016)*

<b>Biometría Hemática</b>			
	<b>Valores del paciente</b>		<b>Valores de referencia</b>
<b>Glóbulos blancos</b>	6.1	k/ul	5-10
<b>Recuento de glóbulos rojos</b>	4.79	x 10 <sup>12</sup> /L	4-5.5
<b>Hemoglobina</b>	14.1	g/dl	12.0-16.0
<b>Hematocrito</b>	42.7	%	40-54
<b>Volumen corp. Medio</b>	89	Fl	80-100
<b>Recuento Plaquetas</b>	774	x 10 <sup>3</sup>	150-450
<b>Neutrófilos %</b>	37	%	83.3
<b>Linfocitos %</b>	48.4	%	20-40
<b>Monocitos %</b>	11.7	%	3-12
<b>TP</b>	13	S	11-13
<b>TTP</b>	30	S	25-35

*Elaborado por: Edgar Sánchez*



Tabla 7 Química Sanguínea (ingreso) (28/01/2016)

<b>Química Sanguínea (Ingreso)</b>			
	<b>Valores del paciente</b>		<b>Valores de referencia</b>
<b>Glucosa</b>	111	mg/dl	70-100
<b>Amilasa</b>	174	U/L	23-100
<b>Creatinina</b>	0.8	Mg/dl	0.6-1.3
<b>Resultados de antígeno Carcinoembrionario</b>	1.30	Ng/ml	No Fumadores 0.0-3.8 Ng/ml Fumadores 0.0-5.5Ng/ml

Elaborado por: Edgar Sánchez

### **(28/01/2016) INDICACIONES INGRESO CIRUGÍA MUJERES**

1. Nada por vía oral.
2. Control de signos vitales
3. Dextrosa al 5% en solución salina al 0,9% 1000 mililitros endovenosos cada 12 horas.
4. Ciprofloxacina 200 miligramos endovenoso cada 12 horas
5. Ketorolaco 30 miligramos endovenoso cada 8 horas
6. Eco de abdomen superior.

### **EVOLUCIONES HOSPITALIZACIÓN CIRUGÍA MUJERES**

**(29-01-2016)**

Resultados de ECO Abdominal:

1. Hígado en forma y en tamaño normal, ecogenicidad adecuada, sin lesiones focales.
2. No se evidencia dilataciones de las vías biliares intra, ni extra hepáticas.
3. Vesícula distendida pared delgada, con un pequeño calculo en el interior mide 7 mm.
4. Riñones de forma, tamaño y ecogenicidad conservada, adecuada relación cortico medular, no se observa ectasia quistes ni cálculos.
5. Asas intestinales muy distendidas llenas de líquido, peristaltismo disminuido en especial en el hemiabdomen izquierdo a correlacionar con RX como íleo paralítico. Líquido libre inter asas y en mayor cantidad a nivel de la pelvis donde presenta volumen aproximado de 150 cc.

**(30-01-2016)**

Paciente presenta dolor en epigastrio e hipocondrio izquierdo con escala de 3/10 según ALSO, refiere vómito en 1 ocasión de contenido alimentario, verdoso más dolor en sitio quirúrgico de leve intensidad.

*Diagnóstico:* Absceso Intraabdominal.

Se solicita TC Abdominal y Pélvica simple y Contrastada.

**(01-02-2016)**

**Resultado TAC.**

1. Presencia de dilatación del estómago, duodeno y parte del yeyuno con presencia de niveles hidroaéreos y líquido inter asas, engrosamiento de la pared intestinal sobre todo a nivel del duodeno corroborado por US donde además se observó asas aperistálticas. No se observa colección intraabdominal.
2. Deslumbramiento de la grasa mesentérica sobre todo a nivel de hemiabdomen superior.
3. Hígado de forma y tamaño conservado, sin lesiones focales.
4. No se evidencia dilataciones de las vías biliares intra, ni extrahepáticas.

5. Vesícula distendida pared delgada sin patología visible.  
Pancreatectomizada
6. Aorta Abdominal normal, realce adecuado, sin signos de estenosis.
7. Con la administración del medio de contraste se observa realces de la pared intestinal.

*Conclusión:* Íleo Intestinal.

**(02-02-2016) ALTA MÉDICA**

Paciente al momento descansa tranquila, con leve dolor abdominal.

Diagnóstico: Ileo intestinal

Tratamiento: Paracetamol 500 miligramos vía oral cada 8 horas.

Consulta 04/02/16

**(07/02/2016) EMERGENCIA**

Paciente acude al Servicio De Emergencia refiriendo dolor abdominal de moderada intensidad acompañado de náuseas que llegan al vomito por tres ocasiones, familiares refieren que la paciente no tolera vía oral.

Examen físico:

Paciente álgica, somnolienta, semihidratada con malestar general, Glasgow 15/15, presión arterial: 90/70, pulso: 136 por minuto, frecuencia respiratoria: 22 por minuto, temperatura axilar: 36.6, peso 50 kilogramos, talla 1.52 metros.

Conjuntivas pálidas, pupilas normoreactiva a la luz y a la acomodación. Orofaringe ligeramente eritematosas, cardio pulmonar con presencia de taquicardia, pulmones con murmullo vesicular conservado, abdomen: suave, doloroso a la palpación superficial y profunda en flanco izquierdo con irradiación a epigastrio, presencia de cicatriz quirúrgica. Ruidos hidroaereos disminuidos.

Impresión diagnóstico presuntivo:

- Colección intra abdominal

- Desequilibrio electrolítico
- Deshidratación

**(07/02/2016) INDICACIONES INGRESO A CIRUGÍA MUJERES:**

1. Nada por vía oral.
2. Ingreso al servicio de cirugía mujeres
3. Control de signos vitales.
4. Dextrosa al 5% en solución salina 0,9% 1000 mililitros + 20 mililitros de electrosol potasio a 100 mililitros endovenoso hora.
5. Ranitidina 30 miligramos endovenoso cada 12 horas
6. Paracetamol 500 miligramos endovenoso cada 8 horas.
7. Metoclopramida 10 miligramos endovenoso cada 12 horas.

**(07/02/2016) RESULTADOS DE LABORATORIO.**

*Tabla 8 Biometría Hemática (ingreso) (07/02/2016)*

<b>Biometría Hemática</b>			
	<b>Valores del paciente</b>		<b>Valores de referencia</b>
<b>Glóbulos blancos</b>	7.3	k/ul	5-10
<b>Recuento de glóbulos rojos</b>	5.42	x 10 <sup>12</sup> /L	4-5.5
<b>Hemoglobina</b>	14.6	g/dl	12.0-16.0
<b>Hematocrito</b>	47.6	%	40-54
<b>Volumen corp. Medio</b>	88	Fl	80-100
<b>Recuento Plaquetas</b>	368	x 10 <sup>3</sup>	150-450
<b>Neutrófilos %</b>	74	%	83.3
<b>Linfocitos %</b>	20	%	20-40
<b>Monocitos %</b>	5	%	3-12
<b>TP</b>	13	S	11-13
<b>TTP</b>	30	S	25-35

*Elaborado por: Edgar Sánchez*

Tabla 9 Química Sanguínea (ingreso) (07/02/2016)

Química Sanguínea (Ingreso)			
	Valores del paciente		Valores de referencia
<b>Glucosa</b>	99	mg/dl	70-100
<b>Sodio (Na)</b>	125	mEq/L	135-145
<b>Potasio (K)</b>	3.2	mEq/L	3.5-5

Elaborado por: Edgar Sánchez

**(08-02-2016) HOSPITALIZACIÓN CIRUGÍA MUJERES/  
INTERCONSULTA A MEDICINA INTERNA**

Paciente al momento descansa tranquila, no tolera alimentación, no irritable, no álgica.

Ojos: Escleras anictéricas, conjuntivas rosadas.

Corazón: Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.

Pulmones: Murmullo Vesicular Conservado. No ruidos sobreañadidos.

Abdomen: Suave, depresible no doloroso.

Laboratorio: Sodio 122 mEq/L Potasio: 3.15 mEq/L

Diagnóstico: Hiponatremia Moderada.

Tratamiento:

Ordenes de Cirugía.

Solución Salina al 0.9% 600 mililitros + 3 ampollas sodio intravenoso, pasar en 6 horas.

Control de electrolitos posterior a corrección.

Dextrosa al 5% solución salina 0.9% 1000 mililitros más 1 ampolla de potasio y 1 ampolla de sodio intravenoso, pasar a 100 mililitros cada hora.

### **(09/02/2016) HOSPITALIZACIÓN CIRUGÍA MUJERES**

Alta por medicina interna, hiponatremia superada

**Sodio: 139 meq/l**

### **(11/02/2016) ALTA MÉDICA**

Paciente femenina de 22 años de edad, con 4 días de hospitalización y con un diagnóstico de Colección intra abdominal, Desequilibrio electrolítico, Deshidratación. Al momento en condiciones favorables. Refiere leve dolor a la palpación profunda en flanco izquierdo y buena tolerancia alimenticia

Hiponatremia superada.

Indicaciones:

- 1.- control consulta externa 18/02/2016
- 2.- paracetamol 500 miligramos vía oral cada 8 horas por 2 días.

### **(18/02/2016) CONSULTA EXTERNA DE CIRUGÍA**

Paciente no acude a control.

### **ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

De acuerdo a las manifestaciones clínicas y exámenes complementarios que presenta la paciente se concluye que tiene una afectación a nivel de aparato digestivo, además, al corresponderlo con el tiempo de evolución, los factores ambientales, socioeconómicos, y sobre todo por el desconocimiento de la enfermedad.

En el caso mencionado la situación clínica, paciente se ve agravada por la idiosincrasia del paciente y de los familiares, al no poner énfasis en continuar y concluir el tratamiento.

Además, tiene un factor desfavorable para la evolución del paciente ya que no acude a controles por consulta externa

## **6. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO**

- **Ambientales**

Lugar de residencia es un factor de riesgo debido a que tenía que viajar continuamente a una comunidad que está alejada de la ciudad por motivos de trabajo y de tipo familiar

- **Carácter étnico**

Paciente de creencias en prácticas ancestrales.

- **Socio económicos**

Paciente con bajo nivel económico, motivo por el que tenía que trabajar en el campo antes de terminar su recuperación, además se le hacía difícil acudir al hospital ya que no contaba con suficiente dinero ni tiempo para acudir a los controles por consulta externa

- **Ideológicas**

Creer que no es indispensable acudir a controles por consulta externa

## **7. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD**

### **OPORTUNIDADES EN LA SOLICITUD DE LA CONSULTA MÉDICA.**

La paciente acude tardíamente después de su sintomatología al Centro de Salud #1, en donde es atendida inmediatamente pero es enviada a casa con medicación que no ayuda a la mejora clínica, por lo que paciente decide acudir nuevamente a dicha casa de salud en donde refieren al Hospital Provincial General Latacunga para su valoración por el Servicio De Emergencia.

### **ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA.**

La paciente por su condición socioeconómica media-baja depende de los servicios gratuitos que ofrece el estado, en este caso el Centro De Salud #1 quienes refieren Al Hospital Provincial General Latacunga. Limitados debido a la distancia que existe entre ciudades y sus quehaceres laborales como familiares. La paciente con residencia en la Ciudad de Latacunga Capital de la Provincia de Cotopaxi en Ecuador, que se encuentra ubicado a 80 km del Cantón Sigchos (lugar donde trabaja y cuida a familiares). El medio de transporte terrestres es constante para el traslado entre ciudades, lo que facilita que acuda a las unidades de salud, aunque el factor tiempo no le facilita.

### **OPORTUNIDADES EN LA ATENCIÓN DE SALUD**

La paciente tuvo una atención rápida al solicitar los servicios de salud a pesar del retraso al acudir a facultativo particular y de no contar con el tiempo suficiente para acudir a una unidad de salud a causa de sus obligaciones familiares y laborales. El diagnóstico no fue oportuno por lo que la paciente es referida a la unidad de Emergencia - Cirugía en donde es diagnosticada y tratada quirúrgicamente.

### **CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN**

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad mediante su plena



participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas las etapas de su desarrollo, siempre con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. (Szpilman David, 2012)

La atención en el sistema de salud al cual pertenece la paciente, hace que la atención se vuelva superficial, rápida e inconsistente por eso el diagnóstico erróneo al principio, sin brindarle condiciones educativas ni advertencia de los signos de alarma además de posibles problemas que puede acarrear la enfermedad en si o en el caso de que descuide el tratamiento indicado por los profesionales de la salud.

### **OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN**

La remisión de este tipo de pacientes debe ser oportuna, de tal manera que cuente con atención por especialidad en las distintas ramas como Cirugía, Medicina Interna y las que sean necesarias para un manejo integral de la paciente.

Desde el Centro De Salud la paciente fue remitida en condición estable a la unidad de segundo nivel para manejo terapéutico del Pseudoquiste pancreático de manera oportuna. El primer egreso de la paciente se dio a las 4 semanas después de su ingreso con cuadro clínico estable, el segundo egreso fue a los 6 días con cuadro clínico estable. La tercera y última hospitalización duro 4 días y fue dada de alta en buenas condiciones con cuadro clínico estable y buena tolerancia alimenticia. El seguimiento post quirúrgico fue a la semana de egresada por consulta externa de cirugía.

## **8. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS**

- La paciente no acude a tiempo a una Unidad de Salud, debido a su lugar de procedencia familiar y del trabajo, ya que se encuentra en una comunidad que está alejada de la ciudad.
- Acudir a un profesional de la salud, cuando la patología presenta complicaciones.
- Falta de disciplina en el cuidado del paciente, en cuanto a la administración de la medicación y las curaciones.
- Utilización de prácticas ancestrales en cuanto a la curación y a la administración de aguas de remedio por parte del paciente y familiares, que sustituyeron a la medicación indicada en la unidad de salud.
- Idiosincrasia del paciente al no acudir a los controles por consulta externa, aduciendo que nos es indispensable.

## 9. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Tabla 10

OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	FORMA DE ACOMPAÑAMIENTO
El paciente no acude a tiempo a una Unidad de Salud, debido a su lugar de procedencia en comunidades lejanas.	Concientizar en las comunidades a través de charlas, la importancia de acudir a tiempo a una unidad de salud, para evitar complicaciones graves que pueden llegar incluso a la muerte.	De forma oportuna y permanentemente	Ministerio de Salud Pública, Director de Salud de la unidad de atención primaria y médicos rurales.	Documentar en la historia clínica.
Acudir a un profesional de la salud, cuando la patología presenta complicaciones.	Concientizar a los pacientes y familiares a través de charlas, la importancia de acudir a tiempo a una unidad de salud y las complicaciones o el	De forma oportuna y permanentemente	Médicos rurales, licenciadas de enfermería, internos de medicina e internos de enfermería.	Documentar en la historia clínica y plan de alta.

	riesgo en el que ponen su vida al acudir de forma tardía a una unidad de salud.			
Falta de disciplina por el paciente y familiares, en cuanto a la administración de la medicación y las curaciones.	Concientizar a los pacientes y familiares través de charlas, la importancia de concluir con la administración de la medicación y acudir a las curaciones en una unidad de salud, para evitar complicaciones graves que pueden causar desde una infección del sitio quirúrgico e incluso llegar a la muerte	De forma oportuna y permanentemente, sobre todo instruirle al paciente al momento del alta y cuando acude a controles en las unidades de salud	Médicos rurales, licenciadas de enfermería, internos de medicina e internos de enfermería.	Documentar en la historia clínica. Aplicar en todos los niveles de atención de salud
Pacientes sustituyen la medicación indicada en la	Indicar a paciente y familiares que la	De forma oportuna, principalmente al	Médicos rurales, licenciadas de	Documentar en la historia clínica.

<p>unidad de salud por la Utilización de prácticas ancestrales.</p>	<p>medicación prescrita por el Médico es de vital importancia para evitar complicaciones en su curación y recuperación, mediante charlas directas con el paciente y familiares, sin menospreciar su creencia ancestral.</p>	<p>momento de dar el alta médica o cuando el paciente acuda a los controles en la unidades de salud.</p>	<p>enfermería, internos de medicina e internos de enfermería.</p>	<p>Aplicar en todos los niveles de atención de salud</p>
<p>Idiosincrasia del paciente al no acudir a los controles por consulta externa, aduciendo que nos es indispensable.</p>	<p>Dar a conocer al paciente y familiares la importancia de acudir a los controles para evitar complicaciones posteriores.</p>	<p>De manera oportuna al momento del alta del paciente.</p>	<p>Médicos rurales, residentes, médicos especialistas, licenciadas de enfermería, internos de medicina e internos de enfermería.</p>	<p>Documentar en la historia clínica. Aplicar en todos los niveles de atención de salud</p>

## **10. PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO**

De acuerdo a las normas y protocolos revisados en la literatura el manejo correcto de la patología (Pseudoquiste pancreático), inicialmente es mediante un tratamiento conservador debido a que muchos se resuelven espontáneamente dentro de 4 a 6 semanas, sin embargo hay que estar en continuos controles para evaluar el desarrollo de la patología, y el abordaje quirúrgico se lo realiza cuando persisten > 6 semanas o están asociados con síntomas clínicos y si el tamaño es más de 5-6 cm y aumentando progresivamente, entonces el caso de la intervención se hace más fuerte.

## 11. CONCLUSIONES

1. El Seudoquiste Pancreático debido a la sintomatología inespecífica, es sub-diagnosticada, por lo que es necesario la realización de exámenes complementarios de imagenología, los cuales ayudan al diagnóstico apropiado y oportuno de esta patología.
2. La oportunidad de diagnóstico de nuestra paciente en una unidad de primer nivel es inapropiada dado por el desconocimiento del algoritmo de manejo y la necesidad de referencia a una unidad de segundo nivel para la realización de los exámenes complementarios para su diagnóstico y el correcto manejo de la patología.
3. Los exámenes realizados a la paciente fueron apropiados, debido a que permitió el diagnóstico pertinente al cuadro clínico, permitiendo dar tratamiento oportuno y conveniente para la paciente.

## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### LINKOGRAFÍA

12. Abdo Francis, Bernal Sahagún, Antonio García Guerrero, Pérez Pineda, Pérez Torres. Diagnóstico y tratamiento de los pseudoquistes del páncreas en el Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México - hg052c.pdf Vol. 68, Núm. 2 Abr.-Jun. 2005 pp 76 - 81 [citado 14 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2005/hg052c.pdf> (12)

8. Al-Muaikeel M, Khankan A, Qazi S, Shaker A-S. Percutaneous Approach for Removal of a Migrated Cystogastric Stent from a Pancreatic Pseudocyst: A Case Report and Review of the Literature. *J Radiol Case Rep.* 29 de febrero de 2016;10(2):18-25.

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4861620/> (8)

9. Al Skaini MS, El Hadad A, El Hakeem I, Jamil S, Rabie ME , Tahir Shah M, et al. Pancreatic pseudocyst or a cystic tumor of the pancreas? *Chin J Cancer.* febrero de 2014;33(2):87-95.

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3935010/>(9)

24. Bhatt CJ, Chaudhari HD, Desai AB, Patel NK. Pancreatic pseudocyst formation due to non-traumatic pancreatitis in a 3-year-old child. *BMJ Case Rep.* 30 de noviembre de 2012 [citado 15 de septiembre de 2016];2012.

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4542751/>(24)

2. Bonnín Pascual J, et al. Seudoquiste pancreático intrahepático bilateral. *Cir Esp.* 2016 [citado 14 de septiembre de 2016]. Disponible en: [file:///C:/Users/User/Downloads/S0009739X16300392\\_S200\\_es.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/S0009739X16300392_S200_es.pdf) (2)

15. Botianu A-MV, Botianu PVH, Dobre AS, Onisor D. Pancreatic Pseudocyst with Splenic Artery Erosion, Retroperitoneal and Splenic Hematoma. *Case Rep Surg* 2015; 2015: 981860. [citado 14 de septiembre de 2016].

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4691461/>(15)

7. Cárcamo I, Orlando Felmer E, Mauricio Gabrielli N, Carolina Paz M , Paulina Troncoso G , Aliro Venturelli L. Manejo endoscópico del pseudoquiste pancreático. *Cuad. Cir.* 2007; 21: 38-42. [citado 14 de septiembre de 2016].

Disponible en: <http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v21n1/art06.pdf>(7)

1. Carneiro C, et al, Gomes A, Marinho R, Pignatelli N, Rocha R, , Sousa M. Spontaneous Rupture of Pancreatic Pseudocyst: Report of Two Cases. *Case Rep Surg.* 2016 [citado 14 de septiembre de 2016];2016.

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4818817/>(1)



16. Cha S-W, Jung SH, Kim SH, Lee HI, Lee YJ, Yang HW, et al. Pancreatic pseudocyst filled with semisolid lipids mimicking solid mass on endoscopic ultrasound. *World J Gastroenterol WJG*. 28 de febrero de 2010;16(8):1034-8.

Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2828592/\(16\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2828592/(16))

6. Crnkicić D, Hauser G, Jovanović P, Kunosić S, Loga-Zec S, Zerem E. Minimally invasive treatment of pancreatic pseudocysts. *World J Gastroenterol WJG*. 14 de junio de 2015;21(22):6850-60.

Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4462725/\(6\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4462725/(6))

10. Chikamoto A, Hashimoto D, Nakahara O, Ohmuraya M, Sakata K, Taki K, et al. Successful surgical internal drainage of postoperative pancreatic pseudocyst through pancreaticojejunostomy with distal pancreatectomy: a case report. *Surg Case Rep [Internet]*. 26 de junio de 2015 [citado 14 de septiembre de 2016].

Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4560123/\(10\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4560123/(10))

27. Del Chiaro, Helmut Friess, Gunter Klöppel, Matthias Löhner, Riccardo Manfredi, Colin McKay, Roberto Salvia, Ralf Segersvärd, Eric Van Cutsem, Caroline Verbeke, Jens Werner, . European experts consensus statement on cystic tumours of the pancreas - 1-s2.0-s1590865813000121-main.pdf [Internet]. [citado 27 de septiembre de 2016].

Disponible en: [http://www.webaigo.it/download/1-s2.0-s1590865813000121-main.pdf\(27\)](http://www.webaigo.it/download/1-s2.0-s1590865813000121-main.pdf(27))

25. Dhir V, Kida M, Ho KY, Jin Z-D, Seo DW, Teoh AYB. Systematic review comparing endoscopic, percutaneous and surgical pancreatic pseudocyst drainage. *World J Gastrointest Endosc*. 25 de marzo de 2016;8(6):310-8.

Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4804189/\(25\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4804189/(25))

28. Farrell JJ. Prevalence, Diagnosis and Management of Pancreatic Cystic Neoplasms: Current Status and Future Directions. *Gut Liver*. septiembre de 2015;9(5):571-89.

Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4562774/\(28\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4562774/(28))

13. Fujihara Y, Matsusue E, Maeda K, Okamoto M, Tanaka K, Yanagitani A et al. Three cases of mediastinal pancreatic pseudocysts. *Acta Radiol Open [Internet]*.v.5(6) junio de 2016 [citado 26 de agosto de 2016]. Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4900332/\(13\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4900332/(13))

23. Gopal DV, Johnson EA, Nelsen EM, Pfau P, Walker AJ. Endoscopic ultrasound-guided pancreatic pseudocyst cystogastrostomy using a novel self-

expandable metal stent with antimigration system: A case series. *Endosc Ultrasound*. 2015;4(3):229-34.

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4568636/> (23)

3. Guadalupe Correa Burciaga, Gerardo Garza, Alejandro Yáñez Leija. Cistogastroanastomosis por laparoscopia: manejo del pseudoquiste pancreático - v34n4a11.pdf [citado 14 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v34n4/v34n4a11.pdf> (3)

21. Guo J-T, Ge N, Liu W, Liu X, Wang G-X, Wang S, et al. Stent displacement in endoscopic pancreatic pseudocyst drainage and endoscopic management. *World J Gastroenterol WJG*. 21 de febrero de 2015;21(7):2249-53.

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4326168/> (21)

19. Habashi S, Draganov PV. Pancreatic pseudocyst. *World J Gastroenterol WJG*. 7 de enero de 2009;15(1):38-47.

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2653285/> 819)

14. Hu W-M, Li W, Liu X-B, Pan G, Wan MH, Xie K-L, et al. Classification and Management of Pancreatic Pseudocysts. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2015 Jun; 94(24): e960 [citado 14 de septiembre de 2016];94(24).

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4616556/> (14)

29. Jorba, Joan Fabregat, Francisco G. Borobia, Juli Busquets, Emilio Ramos, Jaume Torras, Laura Lladó, Carlos Valls, Teresa Serrano y Antoni Rafecas. Neoplasias quísticas del páncreas. Manejo diagnóstico y terapéutico. *Cir Esp*. 2008;84(6):296-306

Disponible en: [file:///C:/Users/User/Downloads/S0009739X08750395\\_S300\\_es.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/S0009739X08750395_S300_es.pdf)(29)

11. Luis E. Fallas Durón Pseudo Quiste Pancreático - rmc131q. *Revista médica de Costa Rica y Centroamerica lxx* (605) 87-93, 2013 [Internet]. [Citado 26 de agosto de 2016].

Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc2013/rmc131q.pdf>(11)

17. Mokake DM, Ngowe MN, Verla V, Weledji EP. Post-traumatic pancreatic pseudocyst managed by Roux-en-Y drainage. *J Surg Case Rep*. 10 de agosto de 2015(8) [citado 14 de septiembre de 2016].

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4530231/>(17)

4. Nubia Alondra Gómez-de Leija, Armando Javier Azuara-Turrubiates, Fernando Guardado-Bermúdez, Luis Alberto Guerrero-Silva, Fernando Josafat

Ardisson-Zamora, Estefanie Villanueva-Rodríguez,. [citado 14 de septiembre de 2016].

Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2014/cc144j.pdf> (4)

20. Săftoiu A, Vilmann A, Vilmann P. Endoscopic ultrasound-guided drainage of pancreatic pseudocysts. *Endosc Ultrasound*. 2015;4(4):319-23.

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4672590/> (20)

22. Sial G-ZK, Qazi AQ, Yusuf MA. Endoscopic Cystogastrostomy: Minimally Invasive Approach for Pancreatic Pseudocyst. *APSP J Case Rep*. 1 de enero de 2015;6(1):4.

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4462725/>(22)

5. Stephanie Ramírez Gutiérrez . Pseudoquiste Pancreático. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica lxxi* (610) 313 - 316, 2014 art28.pdf [Internet]. [citado 26 de agosto de 2016].

Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/610/art28.pdf>(5)

18. William R. Brugge, MD. Brugge WR. Diagnosis and management of cystic lesions of the pancreas. *J Gastrointest Oncol*. agosto de 2015;6(4):375-88.

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4502158/> (18)

26. Zhang X-P, Yu Z-X, Zhao Y-P, Dai M-H. Current perspectives on pancreatic serous cystic neoplasms: Diagnosis, management and beyond. *World J Gastrointest Surg*. 27 de marzo de 2016;8(3):202-11.

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4807321/>(26)

## CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASES DE DATOS DE LA UTA.

**PROQUEST:** Abraham Ajit, Sheraz Markar, Soumil Vyas, Tarek M Ezzat. Cystic lesions of the pancreas: current trends in approach and management. *Postgrad Med J* 2011;87:207e214. doi:10.1136/pgmj.2010.097279. Disponible en:

<http://search.proquest.com/docview/1781649357/fulltextPDF/B69CF51433D342A2PQ/3?accountid=36765> (30)

**PROQUEST:** Alexopoulos, Christopher Czaplicki , Holly Rochefort, Lea Matsuoka, , Lin Zheng, Sophoclis P. Thomas S.C, Pedro Teixeira, Jacques Van Dam. Massive pancreatic pseudocyst with portal vein fistula: Case report and proposed treatment algorithm. *Pancreatology* 15 (2015) 88e93. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1652695628/9C01ED7541A24CBCPQ/2?accountid=36765>(32)

**PROQUEST:** Aghdassi, Julia Mayerle, Matthias Kraft, Andreas W. Sielenka, mper, Claus-Dieter Heidecke3 & Markus m. Lerch. Pancreatic pseudocysts when and how to treat?. *HPB*, 2006; 8: 432\_441. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/223606239/451C4131B0B44E74PQ/17?accountid=36765>(34)

**PROQUEST:** Bedesco de Oliveira, Suzan Menasce Goldman Andrea Puchnick, Jacob Szejnfeld. Prevalence of Incidental Pancreatic Cysts on 3 Tesla Magnetic Resonance. DOI:10.1371/journal.pone.0121317 March 23, 2015. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1667180884/fulltextPDF/AC325838F2D94E37PQ/10?accountid=36765>(33)

**SPRINGER:** Douglas Thorburn, Gavin J. Johnson, George J. Webster, Margaret G. Keane, Natascha Cieplik, Sam Murray, Shun Fung Sze, Stephen P. Pereira. Endoscopic versus percutaneous drainage of symptomatic pancreatic fluid collections: a 14-year experience from a tertiary hepatobiliary centre. *Surg Endosc* (2016) 30:3730–3740. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00464-015-4668-x>(31)

### 13. ANEXOS

#### Anexo 1.- TUMOR QUÍSTICO PANCREÁTICO



**Anexo 2.- TAC ABDOMINAL**

